

Prosjektoppgave i medisin

Universitetet i Oslo, 2006

Gudleik Kalsnes Jørstad og Petur Jonsson

PASIENTVURDERINGER OG SPØRRESKJEMAER SOM EVALUERINGSMETODER AV MEDISINSTUDENTER I ALLMENNPRAKSIS

BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

I 10. semester ved Det medisinske fakultet i Oslo skal studenter som da har midlertidig lisens, utplasseres 6 uker i allmennpraksis på Sør- og Østlandet. Der får de en-til-en undervisning av lønnet praksislærer. Denne formen for undervisning er en unik læresituasjon, og praksisperioden sees på som viktig for at studentene skal tilegne seg teoretisk kunnskap og viktige kliniske allmennmedisinske ferdigheter, samt at de får et innblikk i hvordan dagliglivet er i allmennpraksis. Studentene skal trenes opp i å ta konsultasjoner, og gradvis gis mer ansvar dersom situasjonen tillater det.

I dag foregår evalueringen av studentene ved at praksisveilederen observerer studentene i klinisk arbeid og gir fortløpende tilbakemeldinger underveis. Veileder fremmer derved studentens tilegning av kunnskaper og ferdigheter. I en dansk artikkel slås det fast at tilbakemelding er en både anerkjent og veldokumentert metode til å fremme selvstyrt læring hos den studerende, i det tilbakemeldingen kan hjelpe studenten med å gjenkjenne egne styrker og svakheter, og vurdere deres nåværende nivå og læringsbehov (1). Når utplasseringen er over, skal studenten og praksisveilederen i et gruppearbeid diskutere kommunikasjonen i konsultasjonen ut fra studentens selvopplevde kasuistikker. Dette regnes som en viktig del av studentenes modning i legeyrket, og er en gylden mulighet til å få konkrete råd fra en kyndig veileder som følger studenten over en lengre periode.

De fleste studentene ser tilbake på utplasseringsperioden som en tid da de fikk mye klinisk erfaring og kyndig veiledning i form av personlig rettleiende og nyttig pedagogisk tilbakemelding fra praksisveileder. En studie fra Bergen peker nettopp på det samme, nemlig at studentene synes det er lærerikt å få satt sine teoretiske kunnskaper ut i praksis under kontrollerte forhold, både ved å ha egne konsultasjoner og ved å observere legen (2). Det viser seg også å være meget viktig å ha en engasjert veileder med god oppfølging, hvilket også er dokumentert i en studie fra England. Der viser resultatene at den personlige oppfølgingen studentene får fra legen i praksis er den viktigste faktoren med tanke på hvor fornøyd de er med undervisningen (3). Dessverre har imidlertid en del studenter rapportert at praksisveilederen ikke overvar konsultasjonene deres og ikke gav spesifikk tilbakemelding. Studien fra Bergen peker på det samme problemet. Noen studenter savnet at legen ikke overvar konsultasjonene deres med tanke på direkte tilbakemelding, og noen opplevde at tilbakemeldingen var for uspesifikk (1). Dette bør man se på som et stort problem. Derfor er det viktig å finne en løsning som garanterer at studentene får den tilbakemeldingen de har rett til å få og nødvendigvis trenger for deres progresjon som lege.

Det er en kjent sak at medisinstudenter ofte føler at de ikke strekker til. I en dansk studie av turnusleger slås det fast at disse er fanget i dilemmaet mellom ønsket om å kunne selv og følelsen av utilstrekkelighet i forhold til håndtering av uklare situasjoner, og at studiet ikke hadde forberedt dem tilstrekkelig på slike oppgaver (4). Studentene vurderer kontinuerlig sine egne ferdigheter og evner, er usikre på hvilke krav som stilles til dem og om deres kunnskaper og ferdigheter er tilstrekkelige. Målet med egenvurdering er ikke bare å vite hvor god man er, men å lære hvordan man kan bli bedre (5). I en annen studie finner man at slik egenvurdering kan læres og utvikles parallelt med kliniske ferdigheter (6).

Pasientvurderinger som ledd i å bedømme kvaliteten i allmennpraksis er internasjonalt anerkjent. I en artikkel i Ugeskrift for læger (2002) beskrives hvordan pasientenes vurderinger etterspørres, fordi man ønsker å vite hvordan legen – subjektivt – oppleves av og virker på pasienten (7). I den samme artikkelen slås det fast at det er behov for pasientenes vurderinger av aspekter i allmennpraksis som ledd i en løpende utviklingsprosess.

Pasientene har i vårt prosjekt vurdert studentenes konsultasjoner, og vi har sammenlignet vurderingene som pasienten, praksisveilederen og studenten selv har gjort av studentens konsultasjon. Vi kan ikke se at dette har vært gjort i Norge tidligere.

Vi ønsker i vår oppgave å diskutere tre hovedtemaer:

1. Kan pasienter ved hjelp av standardiserte spørreskjemaer brukes i evaluering av medisinstudenter i allmennpraksis?
2. Bedømmer medisinstudenter seg selv for strengt med hensyn til egen kunnskap og ferdigheter? Hva kan i så fall årsakene til det være?
3. Er en slik tilbakemeldingsform av studentene hensiktsmessig og nyttig?

METODE

Høsten 2004 ble det utført en pilotstudie hvor et utvalg av pasienter til 9 studenter fikk utdelt spørreskjema. Til sammen ble det 123 pasienter. På bakgrunn av resultatene ble spørreskjemaet videre bearbeidet og denne studien organisert.

Studien består av en kvantitativ del og en kvalitativ del.

Kvantitativ studie

Medisinkull H-00 ved Universitetet i Oslo ble valgt til å delta i denne studien. På slutten av 10. semester våren 2005 var de utplassert i allmennpraksis i 6 uker. Før utplassering fikk hele kullet muntlig informasjon om prosjektet på forelesninger samt via e-post. Praksisveiledere ble også informert på deres fellesseminar før semesterstart. Deltagelse var frivillig. De som valgte å delta gav skriftlig samtykke. De som ikke mestret det norske språk i stor nok grad samt de som hadde alvorlige psykiske problemer deltok ikke.

Når studentene skulle utplasseres fikk de med seg 20 spørreskjema som helsesekretær delte ut til 20 tilfeldig valgte av studentenes pasienter i siste halvdel av utplasseringen. Pasientene oppgav kjønn og alder på disse skjemaene. Skjemaene besto av følgende 8 spørsmål som skulle dekke forskjellige sider av de ferdigheter studenter må vise under en konsultasjon:

I konsultasjonen som du har hatt hos studenten, synes du at han/hun har:

1. -gitt seg nok tid for å få fram hva du kom til lege for?
2. -gitt et tillitsvekkende inntrykk som lege?
3. -gjort en ordentlig undersøkelse av deg?
4. -besvart de spørsmålene du hadde om din tilstand?

5. -vist tilfredstillende faglige kunnskaper?
6. -laget en plan for videre oppfølging av din tilstand som du er fornøyd med?
7. -brukt ord og uttrykk som er vanskelige å forstå?
8. -tenk deg at du skulle bytte fastlege, kunne du tenke deg å bruke ham/henne som fastlege?

Hvert spørsmål hadde 5 svaralternativ: “helt enig”, “litt enig”, “vet ikke”, “litt uenig” og “helt uenig”. Svarene ble så omgjort til tall slik at man fikk en fempunkts Likert-skala hvor det mest positive svaralternativet samsvarte 5 og det mest negative samsvarte 1. 7 av 8 spørsmål var positivt formulert, det vil si at “helt enig” samsvarte 5. Spørsmålet om man syntes at studenten brukte vanskelige ord og uttrykk var negativt formulert og der samsvarte “helt uenig” 5. Meningen var at studentene ikke skulle få vite hvem av pasientene fylte ut skjemaene. Etter å ha fylt ut skjemaene skulle pasientene levere dem til bake til helsesekretær.

I tillegg fikk studentene med seg 5 trippelsett av tilsvarende spørreskjema. Ved 5 konsultasjoner som studentene hadde med sine pasienter var praksisveileder tilstede. Etter konsultasjonen evaluerte pasient, veileder og student studentens prestasjoner. Student og veileder svarte ikke på spørsmålet om de kunne tenke seg å ha studenten som fastlege i fremtiden. På disse skjemaene ble pasientenes hoveddiagnose påført. Det ble gjennomført en purrerunde i tredje til fjerde uke av praksisperioden hvor studentene ble minnet på prosjektet per telefon og veiledere ble minnet på prosjektet i et påminnelsesbrev.

Resultatene fra de 20 spørreskjemaene som kun pasientene fylte ut ble bearbeidet ved hjelp av et statistisk dataprogram (SPSS 11.0) og gjennomsnittstall for hvert svar ble regnet ut (se tabell 2). Når det gjelder de 5 trippelskjemaene så ble det lagd en søylegraf for å kunne sammenligne evalueringen til student, veileder og pasient (se figur 1). Det ble utført en Wilcoxon-test for å finne samsvaret mellom henholdsvis pasient/student og pasient/veileder.

Til slutt fylte veiledere og studenter ut skjema hvor begge fikk mulighet til å bedømme prosjektet og nytten av å gjennomføre utplasseringsperioden på denne måten (se tabell 3).

Kvalitativ studie

To grupper på kull H-00, til sammen 16 studenter, ble intervjuet før og etter utplassering og spurt om deres forventninger, tanker og utbytte av prosjektet. En gruppe som ikke deltok i prosjektet ble også intervjuet før og etter og spurt om grunn for ikke å delta og tanker i

etterkant. Intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet inn i et Word dokument. Valgte kommentarer blir brukt i diskusjonen i denne oppgaven som støttende eksempler til det vi prøver å poengtere.

Studentens evaluering av praksistjenesten

Etter endt praksistjeneste fikk alle studentene, uavhengig om de hadde deltatt i prosjektet eller ikke, utdelt et skjema der de skulle vurdere følgende 7 spørsmål/utsagn:

1. -hvordan ble du mottatt i praksisen?
2. -karakteristikk av det praktiske medisinske utbyttet
3. -karakteristikk av det samfunnsmedisinske utbyttet
4. -karakteristikk av hvordan tjensten var organisert
5. -hvordan fungerte det data-tekniske?
6. -karakteristikk av boforholdene
7. -helhetelig vurdering av ukene i primærhelsetjenesten

Hvert utsagn hadde 4 svaralternativ: “meget bra”, “bra”, “tja” og “mindre bra/dårlig”. Svarene ble så omgjort til tall slik at man fikk en skala hvor det mest positive svaralternativet samsvarte 3 og det mest negative samsvarte 0. Det ble lagd en søylegraf (se tabell 4)

I tillegg til disse 7 utsagnene var det satt av 3 åpne spørsmål der studentene kunne svare i fritekst. Studentene ble bedt om å skrive ned sine meninger om følgende:

1. -hva var bra/meget bra ved utplasseringen?
2. -hva var mindre bra ved utplasseringen?
3. -forslag til endringer

Utvalgte kommentarer fra disse spørsmålene står bakerst i oppgaven (se tabell 5)

Vi har lest flere artikler som vi støtter oss til i denne oppgaven (se litteraturliste). Vi har benyttet oss av internet for valg av artikler. Vi har søkt på pubmed (www.pubmed.com), hjemmesiden til den norske legeforening (www.legeforeningen.no), og hjemmesiden til den danske legeforening (www.laegeforeningen.dk).

Artiklene vi brukte bygger på kvantitative og/eller kvalitative studier. Ikke alle artikler var aktuelle for oss og vi brukte kun dem som inneholdt et eller flere av følgende temaer:

- medisinstudenters og legers meninger og tilfredshet med kvalitet og effekt av klinisk opphold i almen praksis
- pasienters evaluering av medisinstudenter og nytteverdien av den evalueringen
- pasienters tilfredshet med legekonsultasjoner med og uten medisinstudenter til stede
- medisinstudenters selvevaluering
- formålet med praksisperioder hos medisinstudenter

RESULTATER

Kvantitativ studie

På kull H-00 var det 84 studenter som startet på 10. semester våren 2005. Av dem var det 52 som valgte å delta i forsøket. Underveis var det 2 studenter som hadde meldt seg på forsøket, men som underveis sluttet på kullet. Videre var det 14 studenter som trakk seg fra studien. Endelig antall deltakere var derfor 36. Antall pasienter som deltok i forsøket var 681 og gjennomsnittlig antall konsultasjoner evaluert per student var 18.9. 16 studenter gjennomførte tripplevaluerte konsultasjoner (se tabell 1)

De 20 spørreskjemaene som bare ble utfylt av pasienter, viste at det var stor tilfredshet med studentenes konsultasjoner. Lavest gjennomsnittlig enighet (4.3 poeng) blant pasientene var om pasientene kunne tenke seg å bruke studenten som sin fastlege om de skulle bytte fastlege og om de syntes at studentene brukte ord og uttrykk som var vanskelig å forstå. Høyest gjennomsnittlig enighet (5.0 poeng) var om pasienten syntes at studenten hadde gitt seg nok tid for å få frem hva pasienten kom til lege for (se tabell 2)

Det var 33 studenter og 33 veiledere som fylte ut skjema om hvor nyttig de syntes det hadde vært å bruke pasientevalueringsskjemaene. Veilederne var stort sett enige i pasientens samlede vurdering av studenten. 22 studenter var uenige i at skjemaene medførte en konkret og detaljert diskusjon av deres ferdigheter. Veiledernes meninger om det var ganske jevnt fordelt. 21 studenter mente at skjemaene styrket evalueringen av kommunikasjonen mellom student og pasient. Også her var legenes meninger jevnt fordelt. Veilederne var ikke overbevist om de syntes at bruken av skjemaene hadde gjort evalueringen av studentene mer

konstruktiv. Om pasientutfylte evalueringsskjemaer er verdt tiden og kreftene det tar var det ganske varierte meninger om blant studentene og veilederne (se tabell 3)

Når det gjelder trippelskjemaene så viser de at veilederne og pasientene stort sett er enige i deres evaluering av studentene. Det er 2 av 7 spørsmål hvor det er signifikant forskjell mellom pasientens og veilederens vurdering. Det ene spørsmålet er om de synes studentene har gjort en ordentlig undersøkelse. Pasientene mener at studentene har gjort en bedre undersøkelse enn det veilederne mener. Det andre spørsmålet er om de synes studentene har brukt mange vanskelige ord og uttrykk. Det synes veilederne stort sett ikke, men det synes pasienten i noen grad. Her er det studentene er enige med pasientene, men på de andre spørsmålene evaluerer studentene seg selv en del lavere enn pasientene. ($p < 0.05$). (se figur 1).

Ved sammenligning av skjemaene som bare ble fylt ut av pasientene og trippelskjemaene ser man at pasientene er stort sett like fornøyde med studentenes prestasjoner om legen er til stede (trippelskjema) eller ikke (skjema bare utfylt av pasienter). (Se tabell 2 vs. Figur 1)

Veilederne ble spurt om utfylling av skjemaene medførte økt belastning for pasientene. 3 av 32 veiledere var “helt enig” eller “litt enig” i dette. 9 av 32 veiledere mente at utdeling og innsamling av skjemaene medførte økt belastning for helsesekretærene.

6 av 33 studenter var “litt enig” i at det gav de økt prestasjonsangst å skulle bli evaluert av sine egne pasienter. 2 av 33 studenter var “litt enig” i at det medførte et press som hindret naturlig progresjon i utplasseringsperioden.

9 av 33 studenter er “helt enig” eller “litt enig” i at de vet hvilke pasienter som har fylt ut evalueringsskjemaene.

Kvalitativ studie

Denne delen av studien viser at det er varierte meninger blant studentene om pasienter kan brukes til evaluering av studenter. Selv etter at forsøket er gjennomført er det fortsatt mange av studentene som er skeptiske til akkurat det. Spørsmålet om hvorfor studenter bedømmer seg selv så strengt får man ikke noe entydlig svar på, men det ser ut som studentene selv er klare over at de gjør det. Mange av studentene mener at gjennomføringen av spørreskjemaene

burde bli obligatorisk. Dette gjelder både studenter som deltok i forsøket og studenter som ikke deltok. Vi bruker utvalgt kommentarer i diskusjonen som følger.

Studentens evaluering av praksistjenesten

Det var 41 studenter på kull H-00 som leverte tilbake skjemaene (se tabell 4).

Svarene viser at studentene stort sett er “meget bra” eller “bra” fornøyde når det gjelder det som blir spurt om, og indikerer at studentene stort sett mener at praksistjenesten fungerer bra for øyeblikket. Interessante tall som kom frem er:

- 37 av 41 studenter mener at de fikk en “meget bra” mottakelse i praksisen, mens de 4 siste mente de hadde fått en “bra” mottakelse
- 29 av 41 mener at organiseringen av tjenesten var “meget bra”, og kun 5 av 41 krysset ved “tja”
- 32 av 41 krysset ved “meget bra” når det gjaldt helhetlig vurdering av ukene i primærhelsetjenesten.

Det at studentene er fornøyde med praksistjenesten reflekteres også i friteksten.

28 studenter kommer med positive bemerkninger om veilederen, mens 22 studenter fremhever det gode miljøet på arbeidsplassen. Noe som også går igjen er at 10 av studentene påpeker at de er fornøyde med det varierte pasientmateriale, mens 9 av studentene bemerker at de er fornøyd med at de fikk ansvar. Det er verdt å merke seg at kun 2 av studentene ikke har noen kommentarer til spørsmålet om “hva var bra/meget bra ved utplasseringen?”

Når det gjelder spørsmålet om “hva var mindre bra ved utplasseringen?”, er det 16 studenter som enten ikke har noen kommentarer eller ikke har noe å utsette på utplasseringen. Det fleste bemerker er at de skulle ønsket de hadde eget kontor, noe som blir nevnt av 7 av studentene. 6 av studentene klager over at de fikk for lite tilbakemelding fra praksisveileder, og dermed ikke fikk noen følelse om de gjorde det bra eller dårlig. Ellers blir det nevnt av enkelte studenter at det ble for lite trening av praktiske ferdigheter, at de hadde for få pasienter eller at studenten følte de hadde en for passiv rolle.

Når det gjelder spørsmålet om “forslag til endringer”, er det 24 av studenter som enten ikke har noen kommentarer eller ikke har noen forslag til endringer av utplasseringen. Noen ytrer et ønske om at veilederen bør ha fast tid for tilbakemelding. Andre studenter ønsker mer variasjon i pasientutvalget, mens noen påpeker at det burde være mer strukturert. Mange

ønsker mer pasientkontakt og noen påpeker at de med fordel kunne fått tilgang til mer egne pasienter. Flere ønsker også at praksisperioden var lengre.

DISKUSJON

Det er en rekke interessante problemstillinger som kan knyttes opp mot bruken av disse spørreskjemaene, og disse vil vi nå se nærmere på.

Et viktig funn i prosjektet er at i de konsultasjonene der både pasient, student og praksisveileder skulle evaluere studentens konsultasjon, var pasientens og praksisveilederens evaluering i stor grad samsvarende. Både pasient og praksisveileder er generelt begge veldig positive til studentens konsultasjon, mens studentene generelt bedømmer seg selv lavere. Det eneste spørsmålet der svarene til pasient og student samsvarer, er spørsmålet om hvorvidt bruken av ord og uttrykk er forståelig. Nettopp det at pasientene og praksisveilederne samsvarer i så stor grad i vurderingen av studentenes konsultasjoner, belyser mange interessante tema som vi ønsker å ta opp.

Men funnene er beheftet med usikkerhet. For det første er antallet som har levert tripplevalueringer lavt, og det kan stilles spørsmålstegn ved om i hvilken grad de er representative. Et annet poeng er at selv om det er funnet statistisk signifikante forskjeller på flere av spørsmålene, må en også ta standpunkt til hvor stor forskjellen må være for å kunne tillegges vekt. En forskjell på 0,5-1.0 på den aktuelle skalaen er sannsynligvis betydningsfull, mens en forskjell på under 0,5 sannsynligvis ikke er av betydning.

1. Kan pasienter i allmennpraksis brukes for å evaluere studenter dersom man ser på praksisveilederen som en god bedømmer av studentenes ferdigheter som allmennpraktiker?

Hva sier studentene: Både før og etter praksisperioden var studentene i tvil om pasientene kunne og burde brukes til å evaluere studentene. I intervjuene med studentene som vi foretok før praksisperioden startet, mente de fleste av studentene at pasientene ville bedømme dem for mildt. I intervjuene etter praksisperioden hadde ikke denne oppfatningen endret seg. Et poeng de deltakende studentene pekte på, var at pasientene var altfor positive. Det refereres til utsagn som: ”det blir litt sånn uhemmet positivt alt”, ”jeg vet ikke helt om jeg kan stole på de, for alle krysset like positivt” og ”de (pasientene) føler de må være positive”. Det samme poenget pekte en ikke-deltakende student på ved å kommentere at: ”det er sjelden man fyller ut de dårligste alternativene uansett”.

Et annet poeng som kom frem i intervjuene både med studenter som deltok i prosjektet og studenter som ikke deltok i prosjektet, var at de mente at pasientene ikke kunne brukes til å vurdere om de hadde gjort en ordentlig undersøkelse eller om deres faglige kunnskaper var tilstrekkelige. Noe av det studentene som deltok kommenterte var at: ”...og så krysset de av på utmerkede kunnskaper, og jeg tenkte, jaja, jeg vet ikke helt om jeg tør helt å stole på det!”, eller ”...for selv om jeg har gitt uttrykk ovenfor pasienten at jeg kan en ting greit, så vet jeg jo selv at det kan jeg faktisk ikke, så her må jeg lese litt grann!” og til sist ”...det trenger jo ikke være helt samsvar mellom hva pasienten føler og hva vi kan.” Det samme ble påpekt av en student som ikke deltok i prosjektet, som sa følgende: ”...pasienten blir jo bedt om å vurdere i hvert fall min faglige kunnskap, og han har jo ikke peiling”.

Hva sier litteraturen: Carney og Mitchell slår fast at pasienter er i stand til å oppfatte små generelle forbedringer i studenters holdning og generelle håndtering av pasienter med trening over år, og at pasientenes vurderinger er reliable over tid (8). En annen studie påpeker at pasientenes og legenes vurderinger kan utfylle hverandre, men at den ene aldri kan erstatte den andre. I den samme studien konkluderes det med at pasientens grad av fornøydhet ikke kan brukes som vurdering av den medisinske konsultasjonskompetansen til studenten (9). I en annen studie finner man at pasienter ikke er i stand til å vurdere verken legens eller studentens kunnskaper, og at hva pasientene tror om dette påvirkes av holdningen og fremtreden til legen/studenten. Men i den samme studien finner man at pasientenes mening er valide med hensyn til vurdering av studentens/legens kliniske ferdigheter (10). Samtidig konkluderer en annen norsk studie med at allmennpraktikere i bare 50 % av tilfellene er i stand til å vurdere hvor fornøyd pasientene er med dem, og oftest når de vurderer feil, er pasientene mer fornøyd

enn det allmennpraktikerne selv tror (11). Nettopp derfor bør det være nyttig å få tilbakemelding fra pasientene, også spesielt med tanke på at studenter evaluerer seg selv så strengt, et poeng vi kommer mer tilbake til senere i oppgaven.

Oppsummering: Studentene selv ser på praksisveileder som en i utgangspunktet bedre bedømmer av deres kunnskaper og ferdigheter enn pasientene. Som en student som ikke deltok i prosjektet sa: ”så fikk jeg jo tilbakemelding fra de legene... også tar jeg det for bedre fisk enn hva pasientene sier”. Med tanke på at de fleste studentene vurderer pasientene som overdrevent positive, og mener at de ikke kan brukes til å vurdere deres faglige kunnskaper, er det spennende å se at svarene til pasientene og praksisveilederne i stor grad samsvarer når de begge skal vurdere studentenes konsultasjoner. Man kan argumentere med at praksisveilederne er for milde i sin bedømmning, men ingen av studentene sitter inne med så mye klinisk erfaring og medisinsk kompetanse som det praksisveilederne gjør. Med mye klinisk erfaring burde nettopp derfor praksisveilederne være gode til å vurdere medisinstudentenes ferdigheter, og studenter generelt ønsker å få direkte tilbakemelding fra praksisveilederen, spesielt når det gjelder deres faglige kunnskap. Det er også interessant å se at mens mange av studentene stiller seg tvilende til om pasientene kan brukes til evaluering, stiller ingen seg tvilende til praksisveilederens evaluering. Prosjektet vårt indikerer altså at selv om studentene er skeptiske til at pasienter kan brukes til evaluering av deres ferdigheter, samsvarer svarene mellom pasientene og praksisveilederne i høy grad.

2. Bedømmer studentene seg selv for strengt?

Generelt: Studenter generelt bedømmer seg selv strengt, og prosjektet vårt viser at de vurderer egen innsats dårligere enn både pasientene og praksisveilederne på de aller fleste punkter. Det kan være en rekke årsaker til dette. En årsak kan være at studentene stiller høye krav til seg selv, og at de føler de ikke greier å leve opp til de målene de setter seg. Studenter vil kunne føle at det er mye de har glemt, at det er mange temaer de skulle ha kunnet bedre, at de skulle ha gjort en bedre klinisk undersøkelse, eller at de skulle ha prioritert annerledes når det gjelder valg av undersøkelser. Refleksjonen er som kjent den intellektuelles svøpe, og streben etter det bedre ligger i medisinfagets natur.

En annen årsak kan være at studentene tror at praksisveilederne stiller høye krav til dem, og at de ikke greier å leve opp til disse. Det er lett å glemme at hver mester engang var svenn.

Dessuten kan det tenkes at studentene blir stresset av å bli evaluert av en fagkyndig person.

En annen årsak til den strenge bedømmingen av egen innsats kan være at medisinpensumet oppleves omfattende og av og til uoverkommelig, og at det er vanskelig for en student med lite klinisk erfaring å velge de undersøkelsene som er viktigst. Det er mulig at studentene fokuserer mer på hva de ikke kan og hva de har glemt enn på hvilke kunnskaper og ferdigheter de faktisk sitter inne med etter 9 semestre på medisin. De føler seg usikre på personlig medisinsk kompetanse. Som en student sa før prosjektet startet: ”Man dømmer seg selv for hardt tror jeg....Medisinstudenter er strenge”.

Makinien og Vaniomakiz påpeker i en artikkel at studieorienteringen har også mye å si m.h.t. hvordan studenter bedømmer seg selv. Det kommer frem til at de systematiske studentene som planlegger sine studier godt evaluerer seg selv høyere på ekspertise enn de ikke systematiske studentene. Stressede studenter som er redde for å gjøre feil evaluerer seg lavere enn gjennomsnittet (12).

Før praksis: Før studentene skulle ut i praksis, hadde de ulike ideer om hva de kom til å score dårligst på. Der de var mest skeptiske til egne ferdigheter var faglig kunnskap, om de kunne formidle det faglige til pasientene med forståelige ord og uttrykk, samt det å lage en plan for videre oppfølging. Som en av studentene sa det: ”...så vet jeg at det er veldig mange problemstillinger og tilstander som jeg er veldig usikker på hva jeg skal gjøre videre med”

Hva viser tallenes tale: Tallene viser at studentene statistisk signifikant skårer seg selv lavere enn pasientene på alle områder, untatt spørsmålet om “bruk av ord og ordtrykk”. Bortsett fra spørsmålene om “ordentlig undersøkelse” og “bruk av ord og uttrykk”, samsvarer pasientenes og praksisveilederenes svar i bedømmelsen av studentens konsultasjon. Men som tidligere nevnt, må en vurdere om de forskjellene som framkommer er store nok til å være betydningsfulle.

Oppsummering og refleksjon: Medisinstudenter er generelt en gruppe studenter som stiller høye krav til seg selv, og som i mange sammenhenger føler at de ikke strekker til faglig. Vår undersøkelse viser at studentene bedømmer sin egen konsultasjon strengere enn pasientene. Disse resultatene kan derfor være svært nyttige for studentene. Mange studenter vil nok oppfatte praksisveileren som en god og nøytral bedømmer, og siden pasientenes og

veilederenes bedømming av studentens konsultasjon samsvarer i høy grad, kan dette tyde nettopp på det at studentene bedømmer seg selv litt for strengt. Det å strebe etter å bli en så god lege som mulig er viktig, og det er vel og bra å stille krav til seg selv både med tanke på kunnskaper og kliniske ferdigheter, men alt til sin tid, og alt i sitt tempo. En studie gjort i Bergen viser at studenter som er tvilende til egen kunnskap, fikk selvtillit ved å bli fulgt opp av en erfaren praksislærer som også oppfordret til selvstendig arbeid (2). Dette indikerer at å bli observert under egne konsultasjoner, i tillegg til å være lærerikt, også øker studentenes selvtillit. Selvtillit er viktig, det er fremgangens første hemmelighet. I en dansk artikkel bruker man begrepet praksissjokk som en beskrivelse på unge legers opplevelse av å komme ut i klinikken. Der slår man fast at det å starte sitt arbeide i en situasjon som er forbundet med angst og usikkerhet, kan ha uheldige konsekvenser for den videre opptagelse i den medisinske kultur. Det konkluderes med at dersom man forventer at de unge legene skal ta ansvaret som lege på seg, må man utdanne og forberede de til det (13).

3. Er det nødvendig med 20 spørreskjemaer som bare fylles ut av pasientene, spesielt med tanke på både metodiske og praktiske problemer knyttet til denne formen for evaluering?

En problemstilling som det er viktig å ta opp i etterkant av dette prosjektet, er om det er nødvendig å innføre en slik ressurskrevende praksis som en obligatorisk del av studiet i 10. semester. Ideen bak det å dele ut disse 20 anonyme spørreskjemaene var at det ikke tidligere i Norge var delt ut slike spørreskjemaer for å evaluere studentenes ferdigheter. Tanken var at vi da ville få et godt perspektiv på hvordan et stort utvalg pasienter evaluerte studentenes konsultasjoner. Samtidig kunne vi knytte resultatene fra disse spørreskjemaene opp mot resultatene fra de 5 konsultasjonene der både pasient, student og praksisveilederen åpent skulle evaluere studentens konsultasjon. Vi kunne da se om pasientenes evaluering ble påvirket av at de visste at også studenten og praksisveilederen skulle evaluere den samme konsultasjonen. Samtidig tenkte vi at dersom en hadde 20 pasientevalueringer av studenten på slutten av praksisperioden, ville disse kunne brukes til å bedre evaluere studentenes praksisperiode sammen med praksisveilederen.

Før praksisperioden: Før studentene skulle ut i praksis, var de aller fleste studentene positive til denne evalueringsformen. En student kommenterte at: ”det kunne jo være interessant

egentlig å få litt tilbakemelding fra pasienter”, mens en annen sa: ”vi vil jo bli flinkest mulige leger, og da bør vi på en måte takke ja til all den tilbakemeldingen en kan få, for det er egentlig ikke så veldig mye i løpet av studiet”. En student kommenterte også det positive med å få tilbakemelding fra pasienter i form av spørreskjema, med å si: ”veldig greit å få tilbakemelding fra pasientene og ikke bare fra praksisveileder”. En annen student nevnte det positive med å vite at man blir evaluert med å si at: ”kanskje jeg kommer til å skjerpe meg litt ekstra da, for å prøve å gjøre det litt bedre, når du vet at det sitter noen og evaluerer deg etterpå.”

Problemene: Et viktig poeng med bruk av disse 20 spørreskjemaene var at de skulle være anonyme, og at utdelingen av spørreskjemaene skulle foretas av legesekretæren(e) til et tilfeldig utvalg pasienter på praksisstedet. Ideen var da at studentene ikke skulle ha noen mulighet til å påvirke valg av pasienter. Det viste seg at dette var lettere sagt enn gjort, og det oppsto en rekke problemer som studentene kunne fortelle om fra praksisperioden med utdelingen av disse 20 spørreskjemaene. Problemene gjaldt både anonymiteten og selve utdelingen. En kommenterte at: ”det ble jo helt umulig for sekretæren å skulle levere ut de skjemaene til tilfeldige pasienter.” En annen fortalte at sekretærene hadde glemt å dele ut skjemaene: ”..så skulle jeg legge skjemaene i resepsjonen, og så skulle denne helsesøsteren dele ut disse skjemaene, og så kom jeg to dager før jeg var ferdig der oppe og så spør jeg hvordan det har gått, så sier hun at det har vært så vanskelig å vite hvem som har vært dine pasienter!”. Mange av studentene kunne også fortelle at de hadde måttet dele ut spørreskjemaene selv, og at de kjente til mange andre studenter som hadde gjort det samme. Noe av det som ble sagt var: ”når jeg begynte å levere dem ut selv, delte jeg ut til jeg var tom, på en måte ...men det ble jo ikke sekretæren som delte ut til tilfeldige pasienter! Og sånn tror jeg mange har hatt det og.” Eller: ”sekretæren kan ikke gi pasienten skjema. Det var jeg som måtte gi dem, og så leverte de i luka”. Og til sist: ”jeg sa bare fra til pasienten når han gikk ut døra, at hvis du har tid, så er det noen lister i luka, så bare spør etter dem. For de helsesekretærene glemt det.” En av studentene som hadde delt ut spørreskjemaene selv, sa: ”...at jeg ubevisst har spurt alle de jeg har vært fornøyd med selv og følt at jeg hadde god kjemi med, at det var de jeg spurte, selv om jeg prøvde å spørre alle egentlig.” Andre kunne igjen fortelle at legesekretærene hadde kopiert opp ekstra spørreskjema - ” De delte ut skjema over en lav sko, kopierte opp ekstra og – så jeg endte opp med veldig mange skjemaer”. Også

de studentene som ikke deltok i prosjektet, var negative til selve gjennomføringen av utleveringen av spørreskjemaene. En kommenterte at: "...særlig med tanke på at jeg fikk igjen de samme pasientene både to og tre ganger, og det var sånn: Takk for sist, så-du-skjemaet-mitt-følelse kanskje. Kanskje det ville ha oppstått." En annen student mente at kontorsekretærene hadde mye annet arbeid, og at dette ville skape problemer med gjennomføringen, ved å kommentere at: "...fire forskjellige kontordamer, det var veldig vanskelig å gjennomføre". En annen student hevdet at vedkommende antageligvis ville ha måttet dele ut spørreskjemaene selv om han hadde deltatt, og sa: "da hadde det ikke blitt anonymt i det hele tatt, for da måtte jeg ha delt dem ut selv, men det tenkte jeg ikke som en mulighet engang"

Oppsummering: Vi kan med sikkerhet slå fast at det er en rekke problemer med utleveringen av de 20 spørreskjemaene. Det er problemer både med tanke på anonymitet og at pasientene som svarer ble selektert i forhold til kjemien mellom student og pasient. Det kan jo også tenkes at pasientene på forhånd er selektert ved at praksisveileder deler ut de pasientene til studentene som han/hun tror studenten vil kunne takle. Samtidig er det lett å glemme å dele ut skjemaene for helsesekretærene i en travel arbeidsdag, noe som ble poengtert av både studenter som deltok og ikke deltok i prosjektet. Dette gir mange metodiske problemer. Dessuten oppfattet noen studenter dette som en tungvint måte å få inn informasjonen på. Når det er sagt, må vi kunne konkludere med at den informasjonen vi fikk fra disse spørreskjemaene var nyttig, og har vist at evalueringen pasientene gir samsvarer med den praksisveilederen gir. Dessuten er det første gang man får informasjon fra pasienter om vurdering av studenter i almenntjenesten. Samtidig var det i dette prosjektet viktig å få inn nok antall spørreskjemaer for å kunne gi signifikante svar.

Samtidig kan man argumentere for at bruk av slike skjema gir et bredere pasientbilde når man skal evaluere praksisperioden, og at det blir for lite med bare 5 konsultasjoner med praksisveilederen tilstede. Det at vi i dette prosjektet brukte de 20 spørreskjemaene i tillegg til de 5 trippelskjemaene, gjør at vår studie indikerer at pasienters tilfredshet fortsatt er høy selv om studenten er i legerollen, både med og uten den utdannede fastlege tilstede.

Likevel må det vurderes om det å bruke 20 spørreskjemaer er den mest effektive metoden for å evaluere studentenes ferdigheter på. Vår undersøkelse peker på at pasientene evaluerer studentene likt, uavhengig om student og praksisveileder evaluerer samme konsultasjon som pasienten.

Forbedringsmuligheter: En måte man kunne forbedre utdelingen av de 20 spørreskjemaene på kunne være å la pasienten fylle ut skjemaene i et lukket rom og legge dem i en eske her. Dette ville gjøre det umulig for andre å se hva de hadde svart. Eller de kunne fått med skjemaene hjem og sendt det tilbake til praksisveilederens kontoradresse. Felles for begge disse forslagene er at pasientene ville følt seg mer anonymisert og dermed mer beskyttet mot å gi for positive svar. Disse forslagene har i midlertidig også begge en del praktiske problemer knyttet til seg.

4. Kan det å benytte seg av de 5 trippelskjemaene resultere i at målene for praksisperioden i større grad blir oppfylt?

Målet med praksisperioden: Et viktig poeng vi må vurdere er om bruken av de fem spørreskjemaene vil gjøre at målene med praksisperioden lettere blir oppfylt. Målet med praksisperioden er at studentene skal se og oppleve hvordan praktisk allmennmedisin og samfunnsmedisin fungerer i samfunnet, få kunnskap og innsikt i allmennlegens arbeidsteknikker og å følge den daglige aktiviteten i en allmennpraksis. Under praksisperioden er ideen både at studentene tilegner seg teoretisk kunnskap, samtidig med at studentene dyktiggjøres i kliniske metoder knyttet til vanlige presentasjonssymptomer i allmennpraksis. Under denne praksisperioden går studentene gjennom en modningsprosess som er ment å gi studentene økt selvinnsikt, økt menneskekunnskap og faglig trygghet i møte med pasienten.

Undervisningen skal gi trening i praktiske ferdigheter, bevisstgjøre studentene på allmennpraktikerens koordinasjonsfunksjon i helsevesenet, gi de innblikk i organisasjonen og praksisadministrasjonen og synliggjøre for studentene hvilke oppgaver allmennpraktikeren har innen forebyggende medisin. Studentene skal trenes opp i å ta gode konsultasjoner samt i å reflektere over legerollen og utøvelsen av legeyrket sammen med veileder. Det vektlegges at praksisveilederne skal gi studenten ansvar dersom situasjonen tillater det. Utbyttet av legestudentenes trening av kliniske ferdigheter, som i følge sakens natur har karakter av learning by doing, forutsetter studentenes aktive deltakelse i det kliniske arbeidet (14). Student og praksisveileder bør tidlig bytte på å sitte i legestolen under pasientkonsultasjoner, og

praksisveilederen skal fungere både som en observatør og veileder av studenten i denne settingen. Det legges stor vekt på at praksislæreren skal spille en aktiv rolle i denne sammenhengen.

Det viktigste elementet i praksisperioden er erfaringsbasert læring, og praksisveileder bør derfor så tidlig som mulig se til at studentene aktiviserer seg i konsultasjonsarbeidet. Erfaring er som kjent ikke hva som hender oss, men hva vi gjør med det som hender oss.

Det at studentene får anledning til klinisk arbeid med personlig tilbakemelding regnes som den viktigste delen i klinisk allmennmedisin i legestudiet. Den personlige tilbakemeldingen kan både gis under konsultasjonen og etter at konsultasjonen er over. Det er derfor essensielt at studentene får god veiledning og tilbakemelding på det de gjør fra praksisveileder, slik at de står bedre rustet til turnustjenesten som bare er litt over et år unna.

I praksisperioden legges det stor vekt på studentenes evne til å utføre konsultasjoner på ulike pasientgrupper, samt deres evne til å oppnå tillit hos pasienten. Studenten skal observere praksislæreren, og praksislæreren skal observere studenten. Det anbefales at studenten og praksislæreren snakker sammen om konsultasjonen, der en først trekker frem det positive i konsultasjonen, og etterpå kommer med forslag til endringer og mulige forbedringer. Etter utplasseringen er over skal studenten og praksisveilederen i et gruppearbeid diskutere kommunikasjonen i konsultasjonen ut fra studentens selvopplevde kasuistikk.

Slik som praksisperioden fungerer nå får hver student utlevert en praksismappe før de skal ut. Denne praksismappen skal både forberede studentene til praksisperioden, og fungere som en "reiseguide" under utplasseringen. I praksismappen vektlegges bestemte oppgaver i praksisperioden for å styre oppmerksomheten mot utvalgte, sentrale områder innenfor allmennmedisinfaget. Et annet viktig poeng er å sikre en felles kjerne i undervisningen. Ved å sette opp en timeplan for praksisperioden skal dette hjelpe studenten og praksisveileder til å planlegge og gjennomføre praksisperioden på best mulig måte, slik at en dekker de viktigste læringsmålene for praksisperioden.

Den enkelte allmennpraktiker (flere leger i samme praksis kan dele på oppgaven) vil ha utplassert studenter fra 6 til 24 uker hvert år, avhengig av stillingsbrøk (5-20 % stilling). For dette får allmennpraktikeren betalt lønnstrinn 53.

Hva var tanken med de 5 trippelskjemaene: Den opprinnelige ideen med de 5

spørreskjemaene var å se om pasienter kunne brukes til å evaluere studenter i praksis. Når vi foretok intervjuer med studentene etter praksisperioden, kom det frem et viktig poeng som vi ikke hadde tenkt på før prosjektet, nemlig at disse spørreskjemaene kan brukes som en kvalitetssikring for at studentene får den nødvendige oppfølgingen de har krav på. Under intervjuene kom det frem at mange av studentene ikke hadde fått den nødvendige oppfølgingen de var forespeilet, og mange var skuffet over manglende oppfølging fra praksisveilederens side. En av studentene som deltok sa dette: ”det er mange jeg vet om som har fått sitt eget kontor, ferdig med det, og har sittet i seks uker og hatt pasienter. Og det har vært det”. Studentene kunne også fortelle at noen praksisveiledere hadde hatt det for travelt, og dermed ikke hatt tid til å utføre de personlige konsultasjonene som studentene har krav på. En student sa: ”de satte opp full pasientliste til meg, og ingen tid til overs verken for praksisveileder eller meg til å diskutere mine konsultasjoner.” En annen student kommenterte at disse spørreskjemaene kunne fungere som en sikkerhetsventil for at studentene fikk den personlige oppfølgingen de har krav på, ved å si: ”...og da tenker jeg at det å ha sånne skjema, hvis det er en del av det praksislæreren får betalt for, er å faktisk fylle ut disse skjemaene, så vil det i det minste være en slags dokumentasjon på at det faktisk er blitt gjort.” En annen student sa seg enig og kommenterte at: ”jeg tror kanskje det kan være nyttig som en sånn veileder for veilederne at de blir presset til å måtte sitte inne hos oss så og så mange konsultasjoner og gi oss tilbakemelding.” Dette viser at ordningen med personlig tilbakemelding på konsultasjoner ikke fungerer som den skal i øyeblikket, og at disse fem spørreskjemaene kan brukes som garanti for at studentene får den oppfølgingen de har krav på. Som en student kommenterte: ”...det er litt fint å kunne bruke det som pressmiddel over for veilederen også, at det faktisk er noe fra fakultetet”. Blant de studentene som ikke deltok, gjaldt de samme problemene. En student fortalte: ”jeg var hos to forskjellige leger, der jeg var annenhver dag, og de hadde ikke lagt opp noe liste på forhånd, så jeg synes det var veldig kronglete”. Noen av disse studentene så nytten av disse spørreskjemaene ved å si: ”så hadde du tvunget frem at legen faktisk var tilstede. For jeg hadde ikke en konsultasjon med legen min tilstede”. En annen student sa: ”...ergo, så handler det om å stille krav til disse som da tross alt får litt kroner fra universitetet, slik at de ikke bare har en ekstra person der som tar unna, og smeller opp inntjening på 50 000 kroner i uka på skjermen.” En student argumenterte med at vedkommende kunne fått tilbakemelding dersom han ønsket det ved å si: ”jeg kunne egentlig tenke meg mer tilbakemelding fra legen, fra veilederen min, men det tenker jeg, det kunne jeg sikkert bedt om sjøl og.”

Studenter er veldig takknemmelige for den muntlige tilbakemeldingen de får fra tutor (6). I dag er den tilbakemeldingen medisinstudenter i Oslo får ikke mye mer enn bestått/ikke-bestått etter eksamen, og nettopp derfor er det ekstra viktig at praksisveilederen gir god, konstruktiv tilbakemelding til studentene.

Som tidligere beskrevet er det ganske detaljerte læringsmål studentene skal gjennom, og for at disse læringsmålene skal oppfylles kreves et tett og godt samarbeid mellom studentene og praksisveilederne. I en dansk undersøkelse slås det fast at både studenter og leger er enige om at målet for praksisopphold i klinikker bør være å involvere studentene i arbeidsfellesskapet for å dermed skape den best mulige læringen (13). For best mulig utbytte av praksisperioden bør studenten være engasjert, lærevillig og motivert. Studenten skal bearbeide og lære av de erfaringene de gjør seg underveis i praksisperioden. Studenten bør også etterspørre feedback på sin prestasjon, og samtidig gi feedback på legens veiledning. Praksisveileder bør stille spørsmål til studenten underveis som fremmer refleksjon over de utførte handlinger.

Erfaringer alene skaper ikke bevisst læring – refleksjon over erfaringene er nødvendig (15). Praksisveilederne bør beskrive, forklare og demonstrere ulike kliniske metoder for studentene. I en god praksissituasjon skal også praksislæreren aktivisere studentene slik at de får erfaringsbasert læring, og gi gode, konkrete og spesifikke tilbakemeldinger på det studenten gjør underveis. I litteraturen om feedback finner man gjentatte anbefalinger om at feedbacken skal være konkret og spesifikk (1). Ut fra disse betraktninger blir legenes supervisjon og feedback essensiell (4).

Den personlige veiledningen er viktig både med tanke på kliniske ferdigheter, konsultasjonsferdigheter, evne til å gjøre seg forstått hos pasientene og til å skape tillit som lege. Dette vil fremme utviklingen som fremtidig dyktige leger. Internasjonal forskning peker på at evaluering har en sterk styrende effekt på kvaliteten av læring, at de blir retningsgivende for de legestuderende, og at det under og etter et gjennomført klinikkopphold skjer en felles overveielse mellom veileder og studerende av i hvilken grad målene er oppnådd (1). Og det kan slås fast at studentene er glade og takknemlige for å bli behandlet som kommende leger og få konstruktiv feedback fra erfaren lege, og at dette gjør at de kan yte en betraktelig innsats, når de støttes og stimuleres på denne måten i arbeidet (15). Tilbakemeldingen under aksjon synes nødvendig for at studentene skal kunne videreutvikle egne kognitive strategier så vel som mer oppfattelsesmessige og prosedyremessige ferdigheter (16).

I vår kvalitative studie med intervju av utvalgte pbl-grupper etter endt praksisperiode forteller en del studenter at de ikke har fått den oppfølgingen og tilbakemeldingen de faktisk har krav på. Det kan være mange årsaker til dette. Mye stress for praksisveilederen og mange vanskelige pasienter eller sykdom blant de ansatte kan være noen. Det er viktig å påpeke at studentene faktisk har krav på en personlig oppfølging, og at de gis ansvar under kyndig veiledning. Dette er viktig både for studenten selv med tanke på utvikling i legeyrket, men også for å eventuelt luke ut de studentene som kanskje ikke egner seg som fremtidige leger. Dessuten blir praksisveilederen godt betalt for denne ordningen, så det bør også stilles krav til praksisveilederen med tanke på å gjennomføre praksisperioden slik det står beskrevet i veiledningen.

Vår teori er at bruken av evalueringsskjemaer i en systematisert og forbedret form kan bidra til at disse målene oppfylles. Det er i dag store forskjeller i oppfølgingen på de ulike praksisstedene, og tanken vår er at bruk av evalueringsskjemaer kan utjevne disse forskjellene. Dette gjelder spesielt bruk av evalueringsskjemaer som både student, pasient og praksislærer fyller ut. For som en student som deltok sa: ”det er da jeg tror at en sånn type skjema vil kunne likevel være til hjelp og faktisk sørge for at de blir gjennomført på alle. Fordi jeg tror at sånn som nå, så vet jeg om masse folk som på en måte har fått sine egne lister og det var det, liksom.” Samtidig er det viktig å oppfordre praksisveilederne til faktisk å utføre disse 5 spørreskjemaene, for som en student sa: ”så jeg tror at hvis dere skal gjennomføre dette så må det bli kanskje litt mer enn det som har vært på vårt kull, at dere involverer veilederne. Og da tror jeg at det blir kjempebra. For hvis min veileder hadde tatt initiativ til det, så hadde jeg sagt ”supert!”. Det er også viktig at praksisveilederen tar seg nok tid til dette, selv i en travel arbeidshverdag. For som en student som ikke deltok i prosjektet, sa: ” Det var hele tiden stress, hele tiden, og av og til så var det to minutter til en banan midt på dagen, og så var det bare hepp hepp videre. Og hvis jeg hadde kommet med et evalueringsskjema så tror jeg ikke hadde vært noe populært i det hele tatt”

Samtidig må det sies at noen studenter følte at disse fem evalueringsskjemaene ikke hadde noe særlig nytteverdi, og at de fikk den evalueringen de ønsket uten å utføre de fem konsultasjonene med praksisveileder tilstede. En av studentene som var fornøyd med sin praksis, mente at en ulempe med skjemaene er at det blir for mye overstyring fra fakultetet, og sa: ”...jeg mener at en av forutsetningene for at praksisen var så bra var at allmennpraktikeren og studenten sammen var frie til å utforme opplegget, uten overstyring fra fakultetet.”

Det kan også hevdes at bruk av slike skjemaer blir kunstige fordi pasientene henvender seg mer til praksisveilederen enn til studenten, og studenten dermed kan komme til å spille en birolle i selve intervjuet. Dette er helt klart et problem. Vi mener at dette er et problem som i stor grad kan unngås dersom forholdene legges til rette slik at denne sannsynligheten reduseres. Det er derfor viktig at veilederen setter seg bak pasienten, slik at det blir vanskeligere for pasienten å henvende seg til veilederen, og at det dermed blir studenten pasienten må snakke til. Ellers kan det lett bli som en student sa: ”det ble kunstig fordi pasientene henvendte seg mer til veilederen siden det er hans faste pasienter”. Et veldig viktig poeng er derfor at det settes opp en rettesnor for hvordan intervjuet skal taes, slik at det i størst mulig grad blir studentene som foretar konsultasjonen med pasienten

Det at spørreskjemaene i større grad gjør at studentenes krav til praksisperioden oppfylles samt at det er god eksamenstrening, kan ikke undervurderes. For som en student sa: ”jeg synes det var greit å være med, særlig de konsultasjonene der også legen skal si sin mening. Så blir det ikke bare pasienten. Det blir jo litt å trene på eksamenssituasjonen også.” Det at studentene har krav på personlig oppfølging og veiledning, at det er viktig for deres modning som framtidige leger, samt at praksisveilederne får betalt for å utføre dette, bør være tungtveiende grunner til å opprettholde praksisen med de fem tripplevalueringsskjemaene. Disse skjemaene, slik vi ser det, er en enkel og billig måte å kvalitetssikre at opplegget fungerer slik som fakultetet ønsker. Dessuten kan det være en måte å fange opp de studentene som skiller seg ut, og kanskje ikke fungerer så bra som leger i den kliniske hverdag. Disse skjemaene kan være en måte å fange opp de studentene som har betydelige manglende kliniske ferdigheter og evne til å ta opp en konsultasjon med pasienter. Også det faktum at de kan luke ut de som har betydelige manglende kunnskap, gjør at disse skjemaene etter vår mening bør bli obligatoriske. Dersom skjemaene blir obligatoriske vil man også unngå at en større studentgruppe unngår å delta, for som en student sa: ”...og de som kanskje ikke har meldt seg på, der er det jo kanskje noen som burde, eller hadde trengt tilbakemelding”.

Et annet poeng som ble påpekt av noen av de studentene som deltok, var at den tilbakemeldingen de fikk kom for sent. En av studentene som hadde deltatt sa følgende: ”jeg tror det kunne vært litt ålreit å få tilbakemelding litt før. Vi gikk liksom gjennom dem den siste dagen og det kunne vært ålreit og fått tilbakemelding litt tidligere”. En annen av studentene kommenterte noe av det samme med å si: ”den tilbakemeldingen som jeg trengte, fikk jeg ganske fort, og skjemaene var jo helt på slutten, så da følte jeg at de gav meg

ingenting, for jeg hadde fått den tilbakemeldingen jeg hadde behov for. Sånn sett så tror jeg at hvis jeg skulle fått noe ut av det, så måtte det begynt før.”

Dette er nok noe en bør ta hensyn til dersom fakultetet bestemmer seg for å fortsette å bruke evalueringsskjemaene. Ideen vår var at de ulike evalueringsskjemaene skulle samles opp på slutten, slik at man fikk et bredt mangfold på det studenten hadde gjort. Vår tanke var at studenten da ville få tilbakemeldinger på det arbeidet vedkommende hadde gjort, og bruke denne tilbakemeldingen til å jobbe med det som det trengs forbedringer på. Men som de to studentene påpekte, så kan det være nyttig å komme med evalueringer tidligere så studentene vet hva de bør jobbe med enn å måtte vente helt til slutt. Med tanke på dette kunne man hatt f. eks tre trippelkonsultasjoner tidlig i praksisperioden og tre trippelkonsultasjoner på slutten av praksisperioden. Dette ville kunne medføre at man tidligere kunne gripe fatt i hva studentene må jobbe med, og samtidig få tak i en sannsynlig forbedring fra de tre første konsultasjonene til de tre siste konsultasjonene.

Når vi ser på studentenes evaluering av praksistjenesten, uavhengig om de deltok i forsøket eller ikke, viser det seg tross alt at de fleste er meget fornøyde. Dette gjelder spesielt mottagelsen de fikk i praksisen, organiseringen av tjenesten og ikke minst den helhetlige vurderingen av ukene i primærhelsetjenesten. Praktisk medisinsk utbytte syntes 25 av 41 studenter var “bra”, mens bare 14 syntes det var “meget bra”. Når det gjelder det samfunnsmedisinske utbytte synes 28 av 41 studenter det var “bra”, mens bare 7 av 41 synes det var “meget bra”. Dette viser at her har fakultetet noe de kan konsentrere seg om å forbedre. Selvfølgelig er det også opp til studentene å ta initiativ, være informasjonssøkende og vise at de er villige til å lære å mestre de praktiske ferdigheter som kreves av en almenntilrettelagt lege. Dette kan imidlertid være vanskelig i en travel hverdag for studenter som fleste er redde for å gjøre feil. Studentene var minst fornøyd med boforholdene. 9 av 41 studenter syntes de var “meget bra”, 8 av 41 syntes de var “bra”, og 8 av 41 krysset av “tja”. 16 av 41 var ubesvart på dette spørsmålet. Årsaken til dette store antallet er at det var en del av studentene som bodde hjemme eller pendlet, og disse har vi regnet som ubesvart.

Når man ser litt nærmere på studentenes kommentarer i fritekstfeltet viser det seg at de har ganske delte meninger om hva som var “bra” eller “meget bra”, og hva som var “mindre bra” ved utplasseringen. En del av studentene mente at det ble mye én-til-én veiledning med tilbakemelding underveis. Andre klaget over for lite tilbakemelding og at de kunne ha tenkt seg litt mer tilbakemelding underveis. En av studentene foreslår at veileder bør ha fast tid med

studenten 1 gang i uken eller lignende for tilbakemelding. Noen studenter var fornøyde med at det var stor variasjon av pasienter, mens andre mente at det kanskje var noe ensidig pasientutvalg og at de ikke fikk lov til å ha konsultasjoner med pasienter med f.eks. psykiatriske og gynekologiske sykdomstilstander. Som endring foreslår en student fast pasientliste med lite mer variasjon. Andre negative kommentarer gikk på mangel på kontor og lite trening i praktiske ferdigheter. Resultatene viser dog som sagt at det er overvekt av fornøyde studenter. Mange er tilfreds med sin veileder, det gode arbeidsmiljøet og at de fikk ansvar.

Dette understreker enda en gang forskjellen mellom de forskjellige praksisstedene og at noen er heldigere enn andre når det gjelder utplassering. Denne forskjellen burde være noe man fokuserte på å utjevne. Det er lettere sagt en gjort, men når man har informasjon om hva som kan forbedres og forbedringene kan gjennomføres uten store praktiske problemer, ser vi ikke noe i veien for positive forandringer. Denne oppgaven viser at den varierte mengde tilbakemelding studentene får kan i noen grad utjevnes ved bruk av trippelskjemaene som et obligatorisk hjelpemiddel.

LITTERATURLISTE

1. Wichmann-Hansen G, Eika B. Hva er et effektivt klinisk opphold? Ugeskrift for Læger, 166(21): 1992-5, 2004
2. Bærheim A, Thesen J. Studentenes evaluering av utplassering i allmennmedisin på Vestlandet. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 123 (16):2271-3, 2003
3. Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitude of medical students toward general practice and general practitioners. British Journal of General Practice 52(478):359-63, 2002
4. Henriksen AH, Ringsted C, Bayer M, Larsen K. Turnuslægers læring: overgang fra studie til praksis. Ugeskrift for Læger, 165(36): 3410-3, 2003
5. Brænd A, Frandsen Gran S, Lindbæk M. Pasientene – en nyttig ressurs i evaluering av medisinstudenter? Tidsskrift for Den norske lægeforening. 126 (16):2122-5, 2006
6. Mattheos N, Nattestad A, Falk-Nilsson E, Attström R. The interactive examination: assessing students`self-assessment ability. Medical Education 38(4): 378-89, 2004.
7. Heje HN, Olesen F. Patientvurderinger som kvalitetsmål i almen praksis. Ugeskrift for Læger, 164(46): 5386-9, 2002
8. Carney SL, Mitchell KR. Satisfaction of patients with medical student`s clinical skills. Journal of Medical Education 61(5): 374-9, 1986
9. McKinley RK, Fraser RC, Baker RH, Riley RD. The relationship between measures of patient satisfaction and enablement and professional assessments of consultation competence. Medical Teacher 26(3):223-8, 2004
10. Wilkinson TJ, Fontaine S. Patients` global ratings of student competence. Unreliable contamination or gold standard? Medical Education 2002; 36(12): 1117-1121

11. Aarflot V, Dybdahl B, Falke M, Michelet TH, Egebakken EC, Kumar T et al. Vet legen om pasienten er tilfreds? En studentundersøkelse utført i allmennpraksis. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 114(30):3579-82, 1994
12. Mäkinen J, Vainiomaki PT. One step towards expertise: the role of the attachment period in general practice. Medical Teacher 24(1): 102-4, 2002.

Tabell 1 Deltagelse i prosjektet. Prosentandel kvinner i parentes.

Studenter på kull H00	84 (63,1)
Påmeldte	52 (71,0)
Sluttet på kullet	2 (100)
Trakk seg fra studien	14 (71,4)
Endelig antall deltagere	36 (66,7)
Gjennomsnittlig antall konsultasjoner evaluert per student	18,9
Deltagere med gjennomførte tripplevaluerte konsultasjoner	16 (81,3)
Konsultasjoner evaluert av pasient, student eller lege	681
Pasientevaluerte konsultasjoner	648
Studentevaluerte konsultasjoner	94
Legeevaluerte konsultasjoner	93
Konsultasjoner evaluert av pasient, student og lege	63
13. Netterstrøm IU, Gjersøe P, Aspegren K. Student på Klinisk Opphold. Ugeskrift for Læger, 165(36): 3405-9, 2003	
14. Poulsen JH. Fremtidens kliniske ophold for medisinstuderende. Ugeskrift for Læger, 166(51): 4718-9, 2004	
15. Westbjerg J, Jason H. Fostering learners`reflection and self-assesment. Family Medicine, 26(5); 278-82, 1994	
16. Remmen R, Derese A, Scherpbier A, Denekens J, Hermann I, van der Vleuten C, Van Royen P, Bossaert L. Can medical schools rely on clerkships to train students in basic clinical skills? Medical Education 1999; 33(8):600-5, 1999	

TABELLER

Tabell 2 Spørsmålene fra spørreskjemaet som pasientene fylte ut, sortert etter størst gjennomsnittlig enighet. (5= Helt enig, 4= Litt enig, 3= Vet ikke, 2= Litt uenig, 1= Helt uenig)

I konsultasjonen som du har hatt hos studenten, synes du at han/hun har:	n	Gjennomsnitt (KI)	Antall "Helt enig" (%)
- gitt seg nok tid for å få fram hva du kom til lege for?	647	5,0 (4,95-4,99)	635 (98)

- gitt et tillitsvekkende inntrykk som lege?	642	4,9 (4,90-4,95)	599 (93)
- gjort en ordentlig undersøkelse av deg?	633	4,9 (4,87-4,93)	586 (93)
- besvart de spørsmålene du hadde om din tilstand?	639	4,9 (4,88-4,93)	590 (92)
- vist tilfredsstillende faglige kunnskaper?	639	4,8 (4,72-4,81)	527 (82)
- laget en plan for videre oppfølging av din tilstand som du er fornøyd med?	611	4,7 (4,68-4,78)	508 (83)
- brukt ord og uttrykk som er vanskelige å forstå?	636	4,3 (4,26-4,46)	495 (78)
Tenk deg at du skulle bytte fastlege, kunne du tenke deg å bruke ham/henne som fastlege?	632	4,3 (4,28-4,44)	416 (66)

Tabell 3 Studentenes og legenes oppfatning av hvor nyttig det har vært å bruke pasientevalueringsskjemaene

	<i>Student (n=33)</i>	Enig	Vet ikke	Uenig
Lege (n=33)				
Er legen enig i pasientenes samlede vurdering av studenten?	-	-	-	-
	30	3	0	
Medførte skjemaene en konkret og detaljert diskusjon om studentens ferdigheter?	5	5	22	
	12	7	14	
Styrket bruken av skjemaet evalueringen av kommunikasjonen mellom student og pasient?	21	1	11	
	14	9	10	
Synes legen bruken av skjemaet har gjort evalueringen av studenten mer konstruktiv?	-	-	-	-
	12	11	8	
Er pasientutfylte evalueringsskjema vel verdt tiden og kreftene det tar?	11	8	14	
	18	6	9	

Tabell 4 Studentenes evaluering av praksistjenesten

(se eget vedlegg)

Tabell 5 Utvalgte bemerkninger fra skjemaene om studentenes evaluering av praksistjenesten

Hva var meget bra/bra ved utplasseringen?

- Veilederen tok seg god tid
- Oppfølging hele veien
- Ble mye en-til-en veiledning (noe man har lite av i studiet) med tilbakemelding underveis
- Ble veldig godt mottatt av alle på legekantoret
- Følte meg trygg og ivaretatt

- Stor variasjon av pasienter
- Fikk prøve mye på egenhånd – fikk ansvar
- Det var utfordrende, samt veldig lærerikt

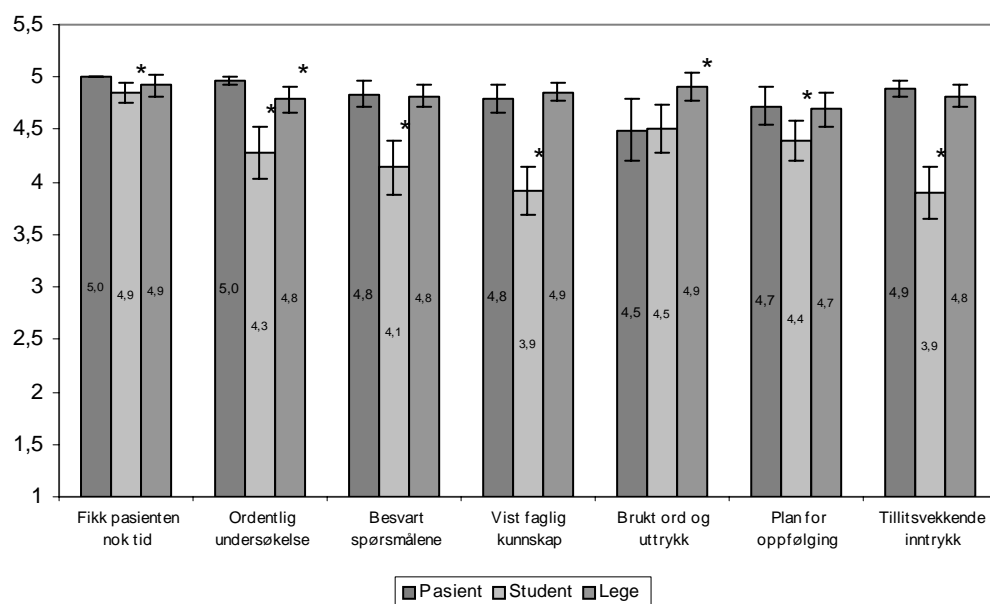
Hva var mindre bra ved utplasseringen?

- Mangel på kontor. Flyttet litt rundt, brukte møterom o.l
- Jeg kunne kanskje fått litt mer tilbakemelding underveis
- Litt lite tilbakemelding direkte til meg. Fikk ingen følelse om det var bra eller dårlig
- Fikk lite trening i praktiske ferdigheter
- Kanskje noe ensidig pasientutvalg som ble sendt til student (aldri gynokologi eller psykiatri!)

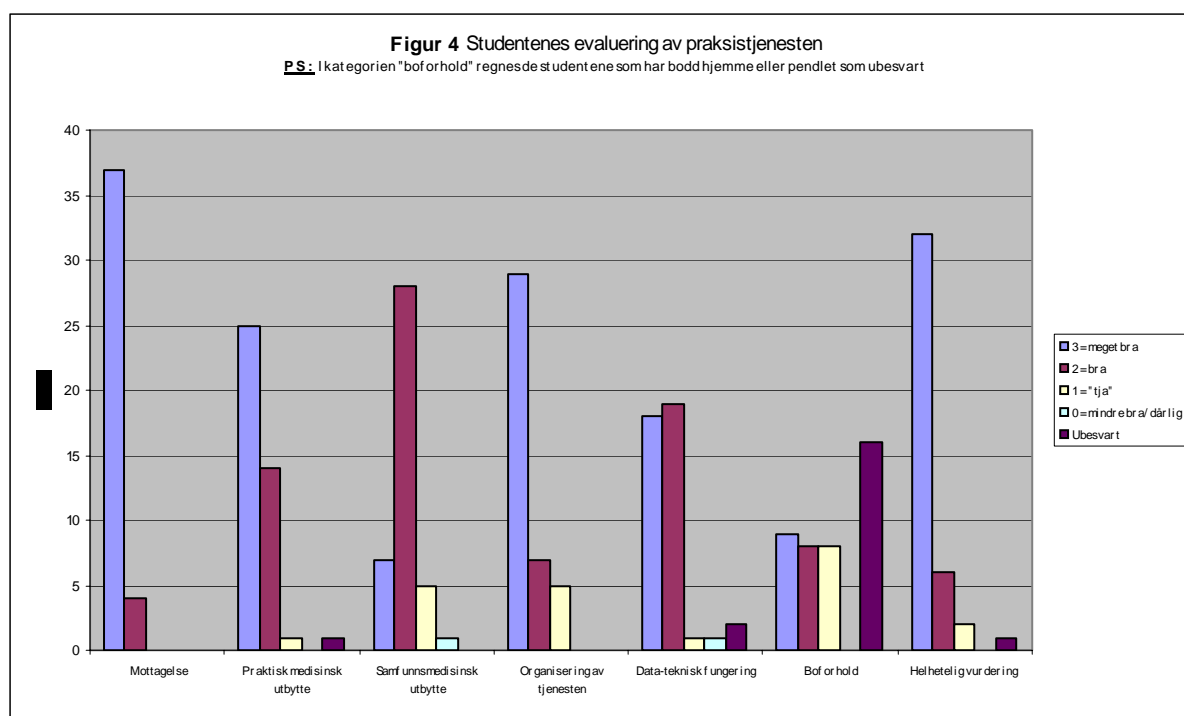
Forslag til endringer?

- Legen som står som ansvarlig bør ha fast tid med studenten 1 gang i uken eller lignende for tilbagemelding
- Fast pasientliste med lite mer variasjon
- Hadde kanskje vært en fordel å ha egen timebok med f.eks 1 pasient hvert 30 min, slik at det ble litt mer strukturert
- Studentene bør få tilgang til mer egne pasienter
- Synes jeg har fått mye igjen for praksisperioden, kunne egentlig ønsket at den varte litt lenger
- Det praktiske bør legges bedre til rette for studenten i fremtiden
- Kunne godt hatt enda flere dager med egen pasienter
- Flere pasienter. Eget kontor

Figur 1 Samsvar mellom evaluering fra pasient, student og lege.
 5= "Helt enig", 4= "Litt enig", 3= "Vet ikke", 2= "Litt uenig", 1= "Helt uenig".
 Søylene viser gjennomsnittlig skåre med standardfeil. Studenten skårer seg selv lavere på de fleste områder.



* angir signifikant forskjell ($p < 0,05$) pasientens evaluering og studentens evaluering henholdsvis student og veileder



Abstract:

Background: In Oslo, Norway, medical students have a 6 week clinical period in the end of their 5 year of education where they are situated in a general practice and are guided by general practitioners. Students have consultations with their own patients and in the end of the period their performance is evaluated by the general practitioner. Many students complain about a lack of feedback and guidance.

Objective: To determine whether patients can be used in the evaluation of students and if questionnaires can be used to increase the amount of feedback and to see if medical students judge themselves too hard.

Methods: In the spring 2005, 10th semester medical students in Oslo were informed about the project and participation was voluntary. Those who participated got 20 questionnaires to take with them to their general practice. Those were to be filled out by patients after student-patient consultation. In addition they got 5 tripple questionnaires to be filled out by the patient, student and the general practitioner after a consultation where the general practitioner observed. 16 of the students who participated were interviewed in two groups before and after the project. A group of students who didn't participate was also interviewed. After the clinical period the students and the general practitioners gave their opinion about the use of the questionnaires. Students also gave their opinion about the clinical period in general.

Results: 36 of 84 students participated in this project. The patient's and the general practitioner's evaluation of the student were very similar and there was a significant difference in only two out of eight questions. The students evaluated themselves lower than did both patients and the general practitioners. The students and the general practitioners are not certain that the project helped to improve the clinical period. Students were mostly satisfied with the clinical period in general.

Conclusion: Patients can be used in the evaluation of students in their clinical period in a general practice and tripple questionnaires should help to improve quality of this period by securing that the students get the amount of feedback that they require. The project also indicates that medical students do judge themselves to hard.